Antrag auf Kostenübernahme zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln

gemäß §78 Abs. 1 in Verbindung mit §40 Abs. 2 SGB XI

alvita®

Versicherte/r (von der/vom Versicherten oder dem/der bevollmächtigten Betreuer/in auszufüllen)

☐ Frau ☐ Herr

Vorname _____ Telefon _____

Nachname _____ E-Mail _____

Straße / Nr. _____ Pflegegrad ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

PLZ / Ort _____ Pflegekasse _____

Geb.-Datum _____ Versicherten-Nr. _____

Antrag auf Kostenübernahme

☐ für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI/ bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Verbrauchshilfsmittel (PG 54)		Von der/vom Versicherten auszufüllen	Von der Pflegekasse auszufüllen		
Artikel	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Benötigt werden:	Genehmigt werden:		Genehmigt bis:
		ja (bitte ankreuzen)	ja	nein	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001				
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002				
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	54.99.01.3001				
Schutzschürzen, wiederverwendbar	54.99.01.3002				
Saugende Bettschutzauflagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001				
Fingerlinge	54.99.01.0001				
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001				
Mundschutz	54.99.01.2001				

☐ für Pflegehilfsmittel (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Verbrauchshilfsmittel (PG 5)		Von der/vom Versicherten auszufüllen		Von der Pflegekasse auszufüllen			
Artikel	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Benötigt werden:		Genehmigt werden:			Genehmigt bis:
		ja	Anzahl	ja	nein	Anzahl	
Bettschutzauflage, waschbar	51.40.01.4 _ _ _						

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für meine ambulante private Pflege (nicht durch Pflegedienste) verwendet werden. Änderungen meines Bedarfs werde ich Ihnen sofort mitteilen. Ich stimme zu, dass der unten genannte Leistungserbringer meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Lieferung o. g. Pflegehilfsmittel, der Kostenübernahme sowie der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse erheben und nutzen darf. Eine Weitergabe personenbezogener Daten an Dritte erfolgt nur mit meiner ausdrücklichen Zustimmung. Bitte hinterlegen Sie den unten genannten Leistungserbringer mit Eingang dieses Schreibens als meinen Lieferanten für Pflegehilfsmittel und streichen Sie gegebenenfalls bereits vorhandene, andere Lieferanten. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort/Datum _____ Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten _____

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

☐ PG 54 bis maximal des monatl. Höchstbetrages

☐ PG 54 Beihilfenberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages

☐ PG 51 ohne Zuzahlung

☐ PG 51 mit Zuzahlung

☐ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfenberechtigter

☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfenberechtigter

Datum _____

(IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift)

Stempel Leistungserbringer

IK-Nr. _____